

## CÓMO PEDIR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

**Su derecho a apelar:** Usted tiene el derecho a apelar y pedir una audiencia imparcial ante un oficial de audiencia si usted no está de acuerdo con la decisión de MassHealth. La Junta de Audiencias debe recibir su petición para una audiencia imparcial no más tarde de **30 días del calendario** de la fecha en que recibió la notificación oficial por escrito de MassHealth en relación con la acción a tomar.

Si usted desea pedir una audiencia imparcial porque MassHealth no dio seguimiento a su solicitud o petición de servicio, o MassHealth no le envió notificación por escrito de la acción a tomar, o el comportamiento hacia usted de un empleado de MassHealth fue impropio o coactivo, la Junta de Audiencias debe recibir su petición de audiencia imparcial no más tarde de 120 del calendario días de la fecha de su solicitud o petición de servicio o del comportamiento impropio del empleado de MassHealth.

**Cómo apelar:** Para pedir una audiencia imparcial, complete el formulario de solicitud para una audiencia imparcial (asegúrese de completar la **Sección II - Razón de la apelación**) y envíe una copia de la notificación oficial por escrito de MassHealth **Board of Hearings, Office of Medicaid, 2 Boylston Street, Boston, MA 02116** o envíela por fax al **617-210-5820**. Conserve una copia de la petición de audiencia imparcial para su propia información.

**Si ahora usted está recibiendo MassHealth:** Si la Junta de Audiencias recibe su petición de audiencia imparcial antes de que se tome la acción o, si es más tarde, dentro de 10 días del calendario de envío por correo de la fecha de calendario de la notificación escrita de MassHealth dirigida a usted, usted continuará recibiendo MassHealth hasta que se tome una decisión acerca de su apelación. Si usted recibe MassHealth durante su apelación y luego pierde la apelación, es posible que tenga que pagarle a MassHealth por el costo de los beneficios que recibió durante este periodo. Si usted no desea continuar recibiendo MassHealth durante la apelación, marque la **Casilla A en la Sección III** en el formulario de petición de audiencia imparcial. Si usted no recibe MassHealth durante su apelación y más tarde gana su apelación, MassHealth restaurará sus beneficios de MassHealth.

**Fecha de la audiencia imparcial:** La Junta de Audiencias le enviará una notificación indicando la fecha, hora y lugar de la audiencia por lo menos 10 días del calendario antes de la fecha de la audiencia imparcial. Esto le dará tiempo para prepararse para la audiencia. Si usted desea tener una audiencia en el plazo más breve posible, marque la **Casilla B en la Sección III** en el formulario de petición de audiencia imparcial para tener una audiencia acelerada. Si tiene una causa justificada para no asistir a la audiencia, o si precisa de una audiencia por teléfono, llame a la Junta de Audiencias al **617-210-5800** o al **1-800-655-0338** antes de la fecha de la audiencia. Si usted no hace otra cita o si no llega a tiempo a la audiencia sin una buena causa documentada, su apelación será desechada.

**Su derecho a recibir ayuda durante la audiencia:** En la audiencia, usted puede representarse por sí mismo o a través de un abogado u otro representante a su propio costo. Usted puede contactar un servicio legal local o agencia comunitaria para que le aconsejen o le representen sin cargo. Para obtener información sobre servicios legales o agencias comunitarias, llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para personas con sordera parcial o total).

**Si necesita un intérprete o un dispositivo de ayuda:** Si usted no comprende inglés y, o tiene problemas con la vista o su audición, la Junta de Audiencias le proveerá un intérprete y, o un dispositivo de ayuda durante la audiencia. Si usted necesita un intérprete o dispositivo de ayuda, marque una o ambas de las **Casillas C o D, en la Sección III** en el formulario de petición de audiencia imparcial o llame a la Junta de audiencias al **617-210-5800** ó **1-800-655-0338** por lo menos cinco días laborables antes de la fecha de la audiencia.

**Su derecho a ver su expediente:** Usted y/o su representante pueden ver su expediente con MassHealth antes de la audiencia. Para ello, llame al Centro de inscripción de MassHealth al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas con sordera parcial o total) antes de la audiencia. **Su expediente con MassHealth no se guarda en la Junta de Audiencias.**

**Su derecho a citar testigos y su derecho a preguntar:** Usted o su representante pueden escribir a la Junta de Audiencias para pedir que se cite a testigos o se presenten documentos en la audiencia. Usted o su representante pueden someter pruebas o interrogar a los testigos durante la audiencia. El oficial de la audiencia tomará una decisión basándose en todas las pruebas presentadas durante la audiencia imparcial.

**AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN PARA SOLICITANTES Y AFILIADOS:** Bajo las leyes federales y estatales, MassHealth no discrimina por razones de raza, color, género, orientación sexual, origen nacional, religión, creencia, edad, estado de salud o discapacidad.

## FORMULARIO DE PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**COMPLETE TODAS LAS SECCIONES APROPIADAS.**

**ESCRIBA CON CLARIDAD.**

### **SECCIÓN I: Información del afiliado o solicitante**

Nombre del afiliado o solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Número de identificación de MassHealth o Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre del titular en la tarjeta de MassHealth (si es diferente): \_\_\_\_\_

### **SECCIÓN II: Razón de apelación**

Yo, \_\_\_\_\_,

deseo una audiencia imparcial porque: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **SECCIÓN III: Información sobre la apelación (Marque las casillas que correspondan.)**

- A. No deseo continuar recibiendo MassHealth durante el proceso de apelación.
- B. Necesito una audiencia acelerada.
- C. Necesito un intérprete  
(¿De qué idioma? \_\_\_\_\_)  
a ser provisto por la Junta de Audiencias.
- D. Necesito un dispositivo de ayuda a ser provisto por la Junta de Audiencias. [Describa que tipo de dispositivo de ayuda precisa. Por ejemplo: lenguaje de señas americano (ASL)]: \_\_\_\_\_

### **SECCIÓN IV: Representante para la apelación (de haberlo)**

Mi representante para la apelación es: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_